

※ この申請書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に健保組合に到着するよう郵送にてお送り下さい。(FAX不可)
当健保組合への到着が20日間を経過した場合は、任意継続被保険者にはなりません。

提出先: ジェイティービー健康保険組合
〒140-0002 東京都品川区東品川2-3-11
JTBビル4F
Tel: 03-5796-5903

| | | | | |
|------|-----|-----|----|-------|
| 常務理事 | 事務長 | MGR | 担当 | CPU処理 |
| | | | | |

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(太枠内をご記入ください)

申請年月日: 令和 年 月 日

| | | | |
|----------------|-------------------|------|------|
| 退職時の被保険者証記号・番号 | | 氏名 | フリガナ |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 | TEL: | 不在: |
| 資格喪失時(退職時)の会社名 | 名称 | TEL: | |
| 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 (退職日の翌日) | | |

| | | | |
|----------------|--|--------|--|
| 健保記入欄 | | | |
| 資格取得日 | 退職時の標準報酬月額&保険料 | 任意継続番号 | |
| 昭和・平成・令和 年 月 日 | 千円 / | | |
| マイナ保険証利用状況 | 利用中 / 利用登録なし / 申請により解除 / 解除(返納) / 解除(有効期限超過) | | |

【扶養家族】(在職時に扶養していた家族のみ、引き続き扶養条件を満たしている場合に認定となります)

- 《添付書類》◆配偶者 → ・直近の課税・非課税証明書(原本)(収入金額・控除金額の記載があるもの)
・直近の厚生年金・企業年金基金・障害年金等の改定・振込通知書(写し)(年金受給者のみ必須)
・直近の確定申告書類一式(写し)(確定申告をしている場合のみ必須)
◆子(高校生以上) → 申請年度分の在学証明書(原本)◎原則、申請3ヶ月以内に入手したものが有効です。

| 氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 |
|------|-------------------------|-----|----|
| フリガナ | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 男・女 | |
| フリガナ | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 男・女 | |
| フリガナ | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 男・女 | |
| フリガナ | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 男・女 | |

【健康保険給付金等の振込先】(※申請者本人の名義)

| | | | |
|-----|-----|------|--------------|
| 銀行名 | 支店名 | 口座番号 | 名義人(カタカナで記入) |
| 銀行 | 支店 | 普・当 | |

【保険料の納付方法】(※いずれか1つを選択し、○で囲む)(※途中変更は出来ませんのでご注意ください。)

| | | |
|---------|--------------|--------------|
| 1. 毎月払い | 2. 半年払い(年2回) | 3. 前納払い(年1回) |
|---------|--------------|--------------|

- 注) 1.毎月払い: その月の10日までに支払い
2.半年払い: 上期/当該年4月(初回分保険料)~同年9月分まで・下期/当該年10月(初回分保険料)~翌年3月分まで
3.前納払い: 当該年4月(初回分保険料)~翌年3月分まで
※ 初回分保険料は割引が適用になりません。
※ 保険料納付書のご案内は年度毎(4月[加入月]~翌年3月分迄)となります。